

Haiti Health Systems 2004 Project: PEPFAR FY04 Rapport Narratif Final

Dr Florence D. Guillaume

April 2005

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of Contract Number 521-C-00-00-00023-00. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Haiti Health Systems 2004 Project
Management Sciences for Health
784 Memorial Drive
Cambridge, MA 02139
Telephone: (617) 250-9500
www.msh.org

Mise en contexte.

HS-2004, géré par Management Sciences for Health (MSH), a été sollicité par l'USAID pour contribuer à l'atteinte des Objectives Stratégiques (SO3). La stratégie de HS-2004 au début de la seconde phase en 2000 faisait mention d'une mise à exécution séparée des volets Secteur privé et Secteur public. Le volet Secteur Privé relevait ainsi des compétences du Management Sciences for Health (MSH) et celui du Secteur public serait exécuté directement par l'USAID à travers un protocole d'accord baptisé « Strategic Objective Agreement » (SOAG) pour les composantes suivantes : 1) la gestion financière, 2) la logistique des Intrants et 3) la gestion du Système d'Information.

En vertu de la détérioration dramatique de la situation politique et du contexte socio-économique donnant lieu à un accroissement des besoins et à certains écarts méritant d'être comblés, MSH progressivement accepta de mettre à exécution certaines interventions techniques additionnelles pour les deux secteurs tant privé que public sans l'octroi de ressources financières supplémentaires. Aussi avec le support de l'USAID et des partenaires du réseau HS-2004, des résultats probants ont été obtenus même dans cet environnement extrêmement difficile.

Six domaines avaient dès lors été retenus comme priorités. Ce sont :

La prévention du VIH/ SIDA ainsi que le dépistage du VIH.

Le support au Programme National de Lutte contre la Tuberculose.

L'approche départementale pour tenter d'accroître la disponibilité des Intrants.

Le partenariat Secteur Public – Secteur Privé.

L'accent sur les soins maternels.

L'extension vers un programme à visée nationale à travers une stratégie départementale tout en maintenant les acquis et en renforçant les interventions propres au réseau HS-2004.

Pour les besoins de ce rapport, le domaine considéré sera particulièrement les Infections Sexuellement Transmissibles, le VIH/SIDA, la Tuberculose ainsi que les systèmes de gestion en support à ces services. L'accent devait être mis non seulement sur la réduction de la transmission de certaines maladies infectieuses dont le VIH/SIDA et la Tuberculose mais aussi sur le maintien de la fourniture des services de qualité en matière de Santé Infantile et de Santé Reproductive tout en augmentant la demande.

Objectifs Stratégiques.

En matière de lutte contre le VIH-SIDA, en collaboration avec ses partenaires, HS-2004 a dû revoir sa stratégie antérieure qui n'agissait que sur la prise en

charge des ISTs et la prévention du VIH pour y inclure des aspects visant au dépistage, à la prise en charge des patients affectés et infectés ainsi que leurs familles tant au niveau institutionnelle que communautaire sans compter l'intégration des services connexes incluant la tuberculose. Cette stratégie visait donc:

Au renforcement des capacités de toutes les institutions du Réseau à réaliser le dépistage éclairé et la prise en charge des personnes infectées selon les normes nationales (incluant l'assistance-conseil, le dépistage avec les tests rapides, la prise en charge de la tuberculose, des infections sexuellement transmissibles et des infections opportunistes).

La mise en place, dans toutes les institutions du Réseau, d'un programme intégré de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

L'appui à 4 institutions pour offrir la trithérapie.

Au renforcement en matière de gestion de l'Unité Centrale de Coordination du Programme de Lutte contre le VIH/SIDA (UCC)/ MSPP, des directions départementales et des principaux partenaires prestataires directs de services pour une mise en oeuvre effective de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA.

Etendre la disponibilité des services de dépistage et de prise en charge des IST/VIH/SIDA et de la tuberculose.

Promouvoir le processus de décentralisation et le partenariat Secteur privé – Secteur public.

Objectifs spécifiques.

Des objectifs spécifiques ont aussi élaboré et devaient passer par :

- 1) La disponibilité accrue, l'accès et l'utilisation des services de santé infantile et de santé reproductive ainsi que leur intégration avec la prise en charge du VIH/SIDA.
- 2) La mise en place des capacités nécessaires pour assurer le dépistage volontaire et éclairé du VIH dans toutes les institutions du Réseau.
- 3) L'intégration des activités de dépistage du VIH au programme de soins prénatals.
- 4) La prise en charge adéquate (selon les normes nationales) des patients affectés et infectés ainsi que des femmes enceintes séropositives dans le cadre de la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant.
- 5) L'établissement de système fonctionnel de référence et de contre - référence entre les différents points de prestation de services propres à l'institution (mise en réseau), avec d'autres institutions spécialisées (pour

les cas jugés plus compliqués) et avec les programmes communautaires afin de faciliter la prise en charge effective des personnes VIH+.

- 6) L'accroissement des aptitudes des communautés à identifier leurs besoins en matière de santé et à générer la demande de services pour la prise en charge du VIH et la Tuberculose.
- 7) L'extension des services de dépistage et de prise en charge de la Tuberculose de même que leur intégration avec le VIH.
- 8) La mise en place d'une stratégie départementale en matière de VIH/SIDA, des Infections Opportunistes et de la Tuberculose à des fins de coordination tout en les capacités locales pour la prise en charge et la prévention de la transmission Mère-Enfant.

I. Intégration des services de Santé Infantile et de Santé Reproductive avec la prise en charge du VIH-SIDA.

Le Paquet de Services Prioritaires tel que défini au cours de la première phase de HS-2004 a été revu au cours de l'année 2003 pour refléter non seulement l'importance que revêt la prise en charge du VIH et de la Tuberculose mais aussi l'impérieuse nécessité à ce que cette prise en charge se fasse de façon intégrée pour respecter les règles de l'équité, la confidentialité et éviter aussi la stigmatisation. Garanti de cette « équité », ce paquet devenu dès lors « Paquet de Services Prioritaires Intégrés » a été présenté à tous les partenaires du Projet HS-2004 et rendu disponible au niveau de toutes les institutions du secteur privé plus spécialement. Ce dernier est également un substrat du Paquet Minimum de Services du Ministère de la Santé Publique et sert aussi lors des discussions pour assistance aux directions départementales.

Dans ce paquet représenté ci-dessous graphiquement, il est clair que l'approche pour la prise en charge du VIH se doit d'être holistique nécessitant ainsi l'intégration de tous les autres services. Cette intégration permet non seulement d'avoir un meilleur rapport coût-efficacité mais aussi d'obtenir une meilleure réponse face aux besoins de la personne infectée au VIH, de sa famille et de la communauté.

Les domaines d'intervention pris en compte, pour tous les niveaux de soins, sont donc :

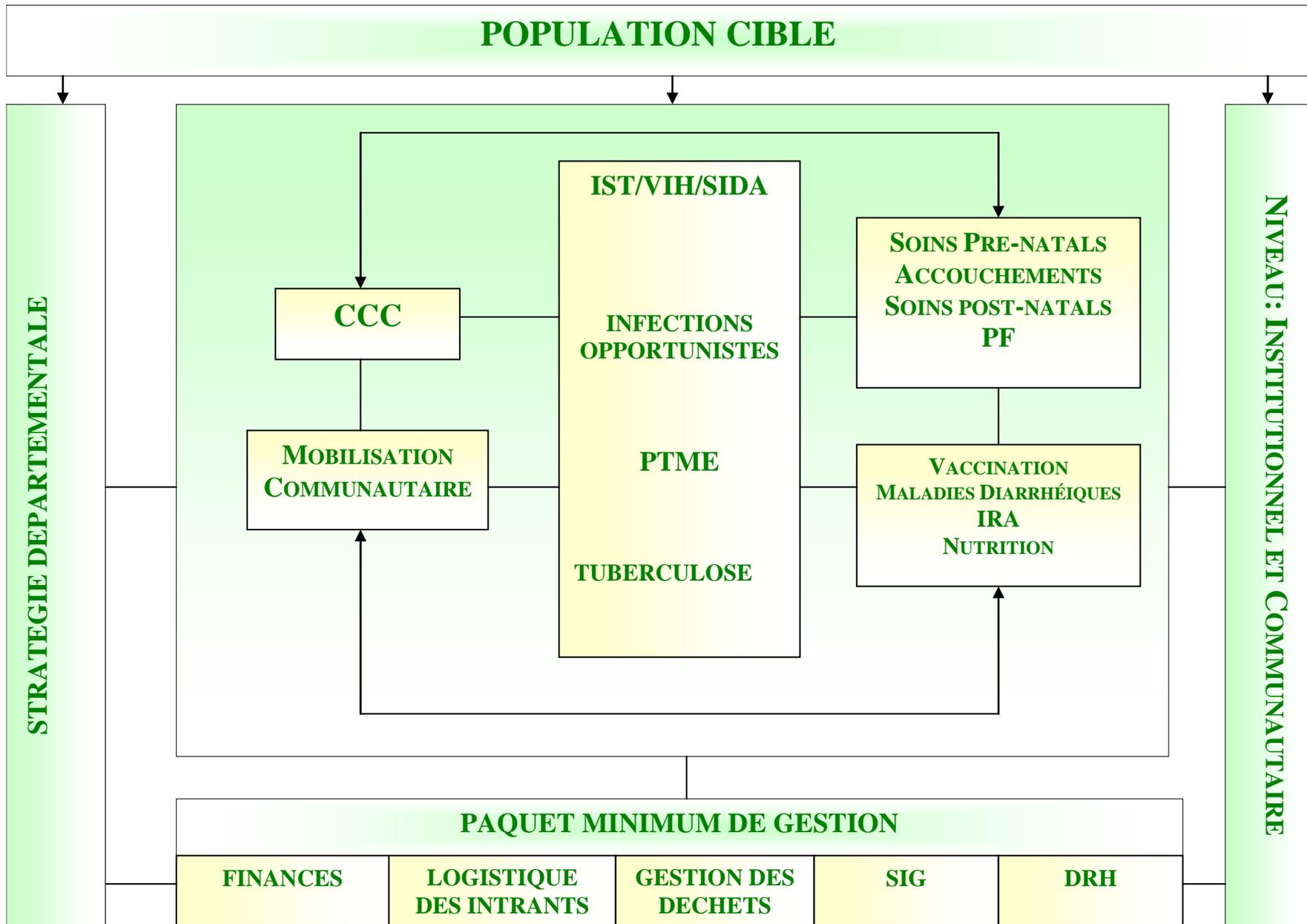
- La Santé de la reproduction.
- La Prise en Charge de l'Enfant.
- Les IST/VIH/SIDA et les Infections Opportunistes.
- La Tuberculose.
- L'Approche Communautaire à travers la Communication pour le Changement de Comportement et la mobilisation communautaire.

- Les domaines de support en gestion.
- Le système de référence : critères de référence d'un niveau à un autre et des mécanismes de contre - référence.
- Les ressources nécessaires à chaque niveau de prestation : type, quantité par rapport à la population, rôle et responsabilités de chaque catégorie.
- Les ressources matérielles (fourniture, équipements, intrants) essentielles à la bonne marche de chaque point de prestation de services à chaque niveau.

Ce document nous a donc servi de guide :

- pour l'élaboration du cadre de référence devant conduire à la rédaction des propositions stratégiques et des plans d'action annuels de nos partenaires.
- pour les prises de décisions et les négociations.
- de référence pour la rationalisation des services et des soins à tous les niveaux d'interventions
- de référence pour l'évaluation des services à partir d'une mise à jour de notre outil d'Evaluation des Services et de Gestion, le « Service Delivery and Management Assessment ».

REPRESENTATION GRAPHIQUE DE LA STRATEGIE 2004



II. La mise en place des capacités nécessaires pour assurer le dépistage volontaire et éclairé du VIH dans toutes les institutions du Réseau.

La prise en charge du VIH devenait une urgence et ne saurait se faire sans la première étape que constitue tout au moins le Dépistage Volontaire Eclairé pour la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant.

De multiples réunions se sont tenues avec tous les partenaires concernés y compris l'USAID et les Centres GHESKIO pour voir comment, même dans l'urgence, essayer d'avoir un minimum d'organisation.

Le Réseau HS-2004 offrait une plate-forme significative au secteur santé haïtien pour la mise en place effective et rapide de services intégrés devant contribuer à la mise en place de la stratégie nationale pour la lutte contre le VIH/SIDA. En effet, en dépit de certaines faiblesses enregistrées au sein de certaines institutions, la fourniture du Paquet de soins infantiles et maternels se trouvait à un niveau très acceptable. De plus le niveau de développement qu'il avait atteint non seulement au niveau technique mais aussi organisationnel lui offrait une position avantageuse devant lui permettre de contribuer à cette lutte et de faire une différence notoire au niveau du terrain. L'accès et la disponibilité de services de qualité ainsi que la fréquentation de ce Réseau constituaient et constituent encore des opportunités pour une réponse efficace, tant du point de vue technique que de coût-efficacité, répondant aux besoins non seulement de la personne infectée au VIH qui doit pouvoir bénéficier de soins intégrés, mais aussi de sa famille et de la communauté.

Ainsi pour arriver à mettre en place les capacités nécessaires devant assurer le dépistage volontaire et éclairé même en subissant les pressions pour l'obtention des résultats et en évitant les risques d'une « verticalisation », une attention particulière a été donnée :

- à la réorganisation des services,
- à la recherche de complémentarité et de synergie,
- au développement des ressources humaines et des systèmes de gestion.

Après la définition même du Paquet de Services Prioritaires Intégrés, un document de travail a aussi été élaboré sur les pré requis pour la fonctionnalité d'un service VCT. Ces points faisaient état de :

- la formation du Personnel,
- la sensibilisation des autres membres de l'institution sur le VIH,
- la formation de tout le personnel de l'institution selon ses tâches et ses besoins en prévention des infections, manipulation des produits biologiques, gestion des déchets etc..
- la nécessité d'avoir un système d'information selon les normes et respectant la confidentialité et sans stigmatisation

- une bonne organisation pour l'accueil des patients, tout au moins, même si au début l'infrastructure en général n'était pas une contrainte,
- des équipements de base pour le laboratoire,
- la disponibilité continue et d'une bonne gestion des intrants de base,
- la mobilisation communautaire et de la mise en place de mécanismes adaptés pour la prise en charge intégrée des PVVIH au niveau communautaire.
- l'implication des directions départementales, médicales et des UCS dans la planification et la mise en œuvre du Programme,
- l'amélioration des systèmes de gestion pour l'amélioration de la qualité des services et la supervision.

En effet, s'il était vrai que le programme avait déjà été lancé dans certains départements, face aux problèmes rencontrés surtout en terme d'intégration et de qualité du service, il s'avérait indispensable que tous les partenaires s'asseyent pour y apporter ensemble des mesures correctives.

Ainsi en décembre 2003, en support à l'Unité de Coordination et de Contrôle (UCC/MSPP) , MSH a facilité un atelier dont les objectifs furent :

- de faire le point sur la situation en dégagant de façon consensuelle les faiblesses et les méfaits d'interventions réalisées sans prendre en compte un cadre global,
- d'avoir cette vision commune finalement de services fonctionnels CDV/PTME (auxquels s'est plus tard ajoutée la trithérapie),
- d'obtenir un accord sur les mécanismes de fonctionnement du groupe en tenant compte des compétences et de l'expertise de chaque intervenant.

L'état des lieux ayant été fait en toute honnêteté entre les partenaires de l'UCC, des discussions ont porté à adopter les domaines suivants qui devraient atterrir au niveau du site pour le rendre fonctionnel. Ont été ainsi retenus :

- La gestion Opérationnelle et l'Organisation des Services. (MSH)
- La prise en charge clinique et thérapeutique. (FHI)
- La Communication pour le Changement de Comportement et la Mobilisation Communautaire.(JHU)
- Le Système d'Information pour la Gestion (IHE)
- La formation (MSH)
- La logistique des Intrants (MSH/RPM+)
- Le laboratoire (GHESKIO) .

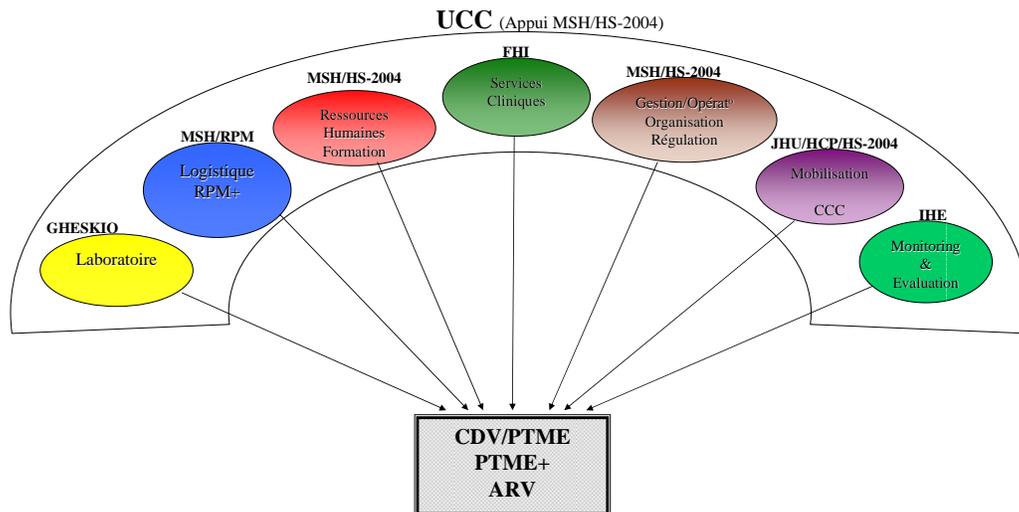
Ces éléments pris ensemble devaient aider le Ministère à mieux coordonner le Programme et quand atterris au niveau du site devraient traduire sa fonctionnalité. Des groupes de travail ou « clusters » furent constitués autour de chaque thème pour définir les standards à considérer dans l'implantation du site. Plusieurs réunions subséquentes ont eu lieu pour la fixation des objectifs, des rôles et responsabilités de chaque cluster. S'il est vrai qu'ils n'ont pas progressé

au même rythme dans leur productivité mais il y a quand même une certaine amélioration dans les rapports entre les intervenants d'un même domaine.

Cette recherche de complémentarité et de synergie a connu des avancées mais il faut admettre que beaucoup reste à faire encore en ce sens en matière de coordination et de manifestation de leadership.

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
UNITE DE COORDINATION CENTRALE
Du Programme National de Lutte Contre les IST et du VIH/SIDA (UCC)

Modèle de Gouvernance et de Coordination du Programme National
Pour la Mise en Oeuvre des Services CDV/PTME/ARV



La lutte contre le VIH/Sida ne saurait aboutir sans une organisation des services basée sur une approche holistique et soutenue par des systèmes de gestion appropriés.

Le Projet HS-2004 a élaboré en ce sens un manuel opérationnel à partir des leçons apprises lors de l'instauration des services de dépistage volontaire éclairé et de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Ce manuel se veut rappeler à tout un chacun les éléments importants à prendre en compte lors de la mise sur pied d'un tel service et répond tout aussi bien à cette vision de services intégrés devant garantir un respect des normes d'éthique comme prôné par le Ministère de la Santé publique et de la Population.

Son but est de fournir aux gestionnaires et aux prestataires de soins de santé des informations devant leur permettre d'organiser des services de qualité en adoptant des pratiques opérationnelles uniformes et standardisées au sein de leur institution.

En ce qui a trait à l'accroissement des compétences, une évaluation globale des besoins en formation avait été conduite pour mener à bien la prise en charge des patients vivant avec le VIH. En collaboration avec GHESKIO et basé sur les résultats de cette évaluation, des formations ont eu lieu pour la fourniture des services CDV/PTME.

A date, 1255 prestataires de services ont été formés dont 1126 en CDV/PTME et 92 personnels de support en supervision pour être à même de fournir l'assistance technique de proximité tant au niveau institutionnel que communautaire.

Des rénovations mineures ont aussi été effectuées de même qu'un renforcement des structures en matériels et équipements.

Résultats obtenus par rapport aux objectifs du PEPFAR pour le CDV/PTME.

Objectif 1 : Accroître la capacité de 12 centres à faire la PTME et à fournir des services à 5300 femmes enceintes.

- Plus de 12 sites fournissent des services intégrés de CDV/PTME dans le réseau et 26,710 femmes enceintes ont été testées jusqu'au 31 mars 2005.
- 36 sites fournissent des services de CDV et de PTME jusqu'à date.
- femmes HIV+ ont bénéficié de la PTME.

Objectif 2 : Etablir 5 sites additionnels de VCT et fournir des services à 3,000 femmes enceintes.

- En mettant ensemble les deux résultats, actuellement le réseau HS-2004 compte 31 sites à même de fournir les services CDV/PTME et deux sites non cliniques faisant uniquement le dépistage soit (12 + 5 + 14 + 2).
- 5035 nouveaux clients ont déjà bénéficiés des services au niveau de ces 5 sites
- Ces deux résultats sont soutenus par la disponibilité et l'utilisation du « Manuel Opérationnel pour la mise en place des services CDV-PTME » ainsi que par l'assistance de proximité fournie par l'équipe technique du projet aussi bien pour l'amélioration des services que pour les systèmes de gestion.
- Support financier de deux équipes mobiles de supervision à travers GHESKIO.

III. L'intégration des activités de dépistage du VIH au programme de soins prénatals.

Les soins prénatals représentent la porte d'entrée pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. HS-2004 devait donc coûte que coûte renforcer le service tant au niveau institutionnel que communautaire et accroître la demande.

En se basant sur les normes du Ministère de la Santé Publique et de la Population, un Guide pratique de Prise en charge de la Gestante Séropositive a été développé de même que des fiches techniques. Ce guide a été adapté au niveau des agents de santé en créole de même qu'un chapitre inséré dans le curriculum de formation des matrones.

Des formations pratiques se sont aussi réalisées pour une mise à niveau des auxiliaires du premier échelon afin de les rendre plus aptes à pratiquer des accouchements sécuritaires et à encadrer les matrones.

4254 agents communautaires ont été formés incluant 1592 nouvelles matrones et 2400 anciennes ont été recyclées.

Un système de suivi et d'approvisionnement régulier des matrones en Kits d'accouchements aussi été mis en place au sein des institutions. Toute femme enceinte se présentant à une institution a droit à l'assistance – conseil pour le dépistage. Une fiche technique permet au prestataire de se rappeler la conduite à tenir face à la femme enceinte qu'elle soit positive ou non.

Un défi reste et demeure l'incitation de la femme séropositive à accoucher dans une institution et aussi le relèvement du plateau technique au sein des institutions du premier échelon pour une prise en charge adéquate des complications liées à l'accouchement ainsi que les urgences mineures.

Résultats obtenus par rapport aux objectifs du PEPFAR pour la PTME.

Objectif 1 : Renforcer les capacités des sites pour l'intégration du VIH au soin prénatals.

Objectif 2 : Accroître l'utilisation des services et les accouchements sécuritaires.

- Guide de Prise en charge de la gestante séropositive et du nouveau-né.
- Adaptation pour le niveau des travailleurs communautaires et intégration dans leur curriculum en créole.

- Mise à niveau des auxiliaires du premier échelon pour la pratique d'accouchements sécuritaires.
- Approvisionnement régulier en Kits d'accouchements des matrones formées.
- 4254 agents communautaires ont été formés incluant 1592 nouvelles matrones et 2400 anciennes ont été recyclées.

IV. La prise en charge adéquate (selon les normes nationales) des patients affectés et infectés ainsi que des femmes enceintes séropositives dans le cadre de la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant.

Le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec ses partenaires y compris MSH, avait élaboré et dispose actuellement de Normes de Prise en Charge du VIH. En support au MSPP plus précisément à l'Unité Coordination et de Contrôle de Lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles et le VIH/SIDA (UCC), ces normes ont été disséminées dans tous les départements sanitaires de la république.

HS-2004 a aussi pris part à l'élaboration du « Manuel du Conseiller pour l'assistance conseil dans le Dépistage du VIH-SIDA » du Ministère de la Santé Publique. Ce manuel a servi de base non seulement à la rédaction du chapitre sur les règles de l'assistance conseil du Guide pratique de la gestante séropositive mais aussi sert de support pour la supervision des prestataires en matière de Counseling.

Outre les 1255 prestataires de services ont formés dont 1126 en CDV/PTME et 92 personnels de support en supervision, HS-2004 s'est évertué à visiter les sites CDV/PTME pour leur fournir l'assistance technique à partir de l'évaluation des services. En effet l'outil « SDMA » a été adapté et utilisé pour déceler les faiblesses et les forces et aboutir également à un plan de redressement.

Les mêmes étapes que pour l'implantation des sites VCT/PTME ont aussi été franchies pour l'instauration de la trithérapie au niveau des sites alloués à MSH qui sont au nombre de quatre : CBP, GRACE CHILDREN, BERACA, MARCH.

Ces étapes ont été :

- la définition du minimum requis pour initier le service.
- l'organisation d'atelier pour la planification de l'implantation en utilisant toujours les modèles du domaine de gouvernance.
- l'assistance technique et financière pour la mise en place des interventions retenues.
- la sensibilisation du personnel sur l'importance de la prise en charge institutionnelle mais aussi communautaire et l'importance de respecter les

normes en rapport avec le counseling, l'adhérence au traitement, le support psycho-social etc...

Il y a certainement encore de la place pour une amélioration mais le niveau atteint semble satisfaisant. Actuellement, 107 patients bénéficient de la trithérapie au niveau de ces centres.

Un grand défi reste et demeure la disponibilité des intrants de façon continue et le relèvement du plateau technique des laboratoires pour un meilleur suivi de ces patients.

Résultats obtenus par rapport aux objectifs :

Objectif 1 : Améliorer la qualité des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

- Formation / recyclage en counseling pour 66 prestataires.
- Plan d'assistance technique pour l'amélioration de la qualité des services et des systèmes de gestion.
- 107 patients sous ARVs.

V. L'établissement de système fonctionnel de référence et de contre - référence entre les différents points de prestation de services propres à l'institution (mise en réseau), avec d'autres institutions spécialisées (pour les cas jugés plus compliqués) et avec les programmes communautaires afin de faciliter la prise en charge effective des personnes VIH+.

Il est certain que le seul fait d'élaborer un Paquet de Services Prioritaires Intégrés à lui seul ne saurait concrétiser cette intégration tant souhaitée. Ceci demeure une tâche assidue, ardue et continue. Cependant, il est clair, qu'après tant d'efforts déployés au cours de cette phase du Projet, tant de rencontres de partages d'informations (Rencontres des Partenaires), tant de sensibilisation du personnel, tant de séances d'orientation sur le VIH, que des progrès tangibles peuvent être notés dans la fourniture même des services. Un élément incontournable à ceci nous a paru être la formation. En effet, il est risqué d'intégrer un nouveau service au sein d'une institution sans tenir compte du besoin impérieux de sensibiliser, d'orienter et si possible même de former tous les niveaux du personnel aux principes de base de la prestation de ce service. C'est là l'une des garanties du succès.

HS-2004 dès l'élaboration du plan d'implantation du service VCT a sollicité la participation des intervenants clés dans un premier temps pour une meilleure appropriation. Des séances d'orientation et même de Présentations simples sur : Ce qu'est la pathologie, le mode de contamination, l'importance du statut jusqu'au traitement, le lien avec la planification familiale et la tuberculose... ont été aussi réalisées en créole pour toutes les catégories de personnel. Ses séances se sont toujours révélées très animées et se sont toujours terminées par une sorte d'acceptation du personnel et de leur désir de participer à cette prise en charge. Naturellement, ici il ne s'agit que d'une expérience avec les sites à gestion privée.

La référence et contre-référence devrait être considérée sous plusieurs aspects :

- La référence intra-institutionnelle.

Cette dernière manifestation est une réalité surtout au sein des « petites » institutions faisant le VCT/PTME.

- La référence interinstitutionnelle pour les institutions appartenant à une même organisation.

Certains mini-réseaux existent déjà entre les partenaires privés de HS-2004 disposant de plusieurs points de prestation. C'est le cas de CBP, MARCH, FONDEFH, FOSREF, SADA pour ne citer que ceux-là.

- La référence inter-institutionnelle pour des institutions à organisations différentes qu'elles soient publiques ou privées.

Des efforts sont encore à faire dans le dernier cas surtout en gardant à l'esprit le maintien de la confidentialité. Il est impérieux que des réseaux plus larges soient mis en place surtout pour permettre à une plus grande partie de la population de bénéficier de la trithérapie là où elle est disponible.

Cependant, avec la mobilisation communautaire faite autour des sites ARVs plus précisément, on sent venir une amélioration. Le défi demeure la formalisation de ce système dans le respect de la dignité humaine compte tenu des contraintes culturelles liées à notre environnement.

Résultats obtenus par rapport aux objectifs :

- Intégration des services plus particulièrement de Planification Familiale, de soins maternels.
- Instauration d'un système de référence intra-institutionnelle,
- Ebauche de système de référence inter-institutionnelle.

VI. L'accroissement des aptitudes des communautés à identifier leurs besoins en matière de santé et à générer la demande de services pour la prise en charge du VIH et la Tuberculose.

HS-2004 a toujours accordé une attention toute particulière à l'Approche communautaire à travers la Communication pour le Changement de Comportement et la Mobilisation Communautaire.

Depuis le début de la phase 2, HS-2004 avait commencé à organiser des formations sur le Cycle d'Action Communautaire. Ces formations permettent d'identifier avec les communautés leurs besoins et surtout de les prioriser. Toutes les institutions du réseau HS-2004 ont eu à bénéficier de cette formation et à la répliquer au sein de leurs communautés respectives. 1725 personnes ont été formées en CAC.

Ainsi des groupes organisés ont été constitués dans les zones desservies par les institutions et ce sont ces groupes là plus tard qui auront à contribuer à la réalisation des activités de santé au sein de leurs communautés à savoir les cliniques mobiles, les postes de rassemblement etc...115 comités de santé ont été mis en place autour des institutions supportées par HS-2004.

Certains accompagnateurs seront par la suite choisis justement dans ces groupes.

Plusieurs documents de support ont servi à la mise en œuvre de cette composante et ont été élaborés par HS-2004 en partenariat HCP. Ce sont :

- Le Guide dialogue Communautaire adapté.
- L'Inventaire des ressources communautaire
- Le Résumé de l'enquête qualitative sur la qualité des services
- Le manuel pour « Vivre Positivement » ; Guide de Prise en charge communautaire.
- Le Guide de Mise en Place des programmes de prise en Charge Communautaire des PVVIH et PVS en Haiti.
- Le Curriculum pour la formation des organisations sociales et sanitaire sur la prise en charge Communautaire personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA incluant les accompagnateurs.
- Le Profil de l'accompagnateur
- Les Eléments de base du Programme de Prise en Charge pour les PVS sous ARV au niveau communautaire
- Le Guide pratique des agents de santé révisé pour intégration d'un chapitre sur le VCT/PTME.

S'il est vrai qu'au début de l'implantation des sites CDV/PTME, HS-2004 a manifesté une certaine prudence à accroître la demande, cette prudence se justifiait largement du fait de la confusion de la disponibilité éventuelle des médicaments tant pour la prévention de la mère à l'enfant, que pour les infections opportunistes et la trithérapie.

HS-2004 a toutefois à travers toutes ses activités de mobilisation communautaire insisté sur l'importance de connaître son « statut pour mieux planifier sa vie ».

Toutes les fois qu'un centre de santé s'apprêtait à instaurer un service de dépistage éclairé, une grande activité de mobilisation ou plutôt de sensibilisation de la population desservie est organisée. Cette sensibilisation se poursuit à travers les réunions communautaires organisées par les travailleurs communautaires.

Pour permettre aussi d'avoir un lien plus étroit entre le niveau institutionnel et communautaire particulièrement dans les cas de prévention de la transmission verticale, un module d'orientation et de sensibilisation a été élaboré à l'intention des travailleurs communautaires tels matrones et agents de santé.

Avec l'essor que connaissent les services CDV/PTME/ART, les formations réalisées, en cascade, ont englobées pour certaines aussi bien les représentants du secteur public que du secteur privé surtout pour la prise en charge communautaire. Ainsi donc ont été formées;

- 102 infirmières.
- 65 auxiliaires.
- 60 agents de santé en promotion des services autour des sites ARVs.
- 102 membres de communautés religieuses en promotion des services.
- 657 autres agents en PCC/ mobilisation communautaire.
- 4255 agents communautaires pour la promotion des services CDV/PTME, la fourniture d'informations, le suivi après dépistage et encourager les références.

Ceci a résulté en la mise sur pied de groupes de support autour de dix (10) institutions partenaires: St Paul, SADA, CBP/Pignon, ICC/Grace Children, Pierre Payen, MARCH, AEADMA, CDS/Petite Place Cazeau, Marchand Dessalines.

Parallèlement à ces activités communautaires se sont aussi tenues des interventions de sensibilisation pour un comportement responsable. Récemment encore une campagne médiatique visant à toucher environ 60 000 jeunes a été réalisée dans six départements pendant les championnats internationaux de football, les concours télévisés, et les festivals d'été. Les interventions dans les milieux scolaires et les communautés ont directement touché plus de 10 000 jeunes dans des groupes organisés.

Ces activités sont venues s'ajouter aux efforts conjoints de l'Université Quisqueya et de HS-2004 pour la prévention des IST et du VIH/Sida. Cette intervention au niveau universitaire est révélatrice du besoin de ces jeunes d'avoir accès à des informations exactes et de qualité qui puissent vraiment les aider en matière de prévention. Les résultats obtenus sont intéressants à bien des égards et, à ce titre, justifient une extension de cette expérience à d'autres universités et écoles supérieures de Port-au-Prince et de certaines villes de province.

Par rapport aux soins palliatifs, deux retards ont cependant été accusés : Le premier en rapport avec l'Education des Familles de PVVIH et le second avec la distribution des Kits d'hygiène.

En effet, il est très difficile jusqu'à présent d'aborder les parents de PVVIH pour les éduquer sur les meilleures pratiques à cause du respect de la volonté de la plupart des patients qui ne veulent dévoiler leur statut. L'éducation se fait donc de façon plus générale par groupe en salle d'attente dans la plupart des cas. Des fois même le suivi du patient à domicile, pour sa compliance au traitement, demande une certaine dextérité. Toutefois pour permettre à ces patients d'avoir un support à leur propre prise en charge, 2000 LET kits, renfermant des produits de base, ont été achetés pour leur être distribués au cours des prochains mois en attendant la fourniture de ces derniers par RPM.

VII. L'extension des services de dépistage et de prise en charge de la Tuberculose de même que leur intégration avec le VIH.

En matière de Tuberculose à proprement parler, l'exercice Janvier 2004- Mars 2005 a été un tournant décisif dans l'assistance de MSH dans la mesure où l'organisation a dû s'adapter à un environnement sans cesse changeant dominé par :

- Le lancement de activités de prise en charge de la co-infection TB-VIH.
- Le lancement d'une coopération avec la République Dominicaine.
- Un changement de gouvernement entraînant l'arrivée d'une nouvelle équipe à la direction du Ministère de la Santé et la restructuration des services TB avec la mise en place d'une coordination nationale TB-VIH-Malaria.
- Les difficultés récurrentes à implémenter les recommandations formulées au PNLT pour améliorer la gestion du programme et finalement, la décision du MSPP de recruter un nouveau directeur.
- Les pressions pour le lancement du PEPFAR, sous le leadership d'un groupe incluant de nouveaux intervenants (notion de USGteam et Fond Global).
- La situation d'insécurité généralisée perturbant à la fois l'approvisionnement en intrants, la recherche des perdus de vue etc....

Dans le cadre restreint de ce rapport, une attention particulière sera accordée aux interventions liées à l'amélioration du dépistage et l'intégration TB-VIH.

Le dépistage a toujours été un des point faibles du programme : faiblesse de la couverture nationale en centres DOTS, accessibilité limitée à la bacilloscopie, barrières culturelles et autres... Par contre, l'élément nouveau fut de constater la hausse surprenante des cas à bacilloscopie négative, avec des ratios effarants des TPM+/TP voisinant 0.3 dans le Centre et 0.4 dans l'Ouest (en général, il devrait se situer a 0.7-0.8). Une étude plus fine a toutefois montré qu'il s'agit

d'une tendance relevée plus particulièrement dans certains sites où les cliniciens sont en majorité des médecins et négligent l'utilisation de la bacilloscopie.

Il a aussi été remarqué à travers les rapports reçus que grâce au PIMUD le taux de dépistage a grimpé par contre à 129% dans l'Aire Métropolitaine. Certes, tout le monde s'attendait après le lancement du PIMUD (Programme Intégré en Milieu Urbain Défavorisé) à une amélioration dans cette zone qui était à la traîne, mais un tel succès incite plutôt à réfléchir, d'autant plus que le PIMUD ne couvre pas encore la totalité de l'Aire Métropolitaine. Alors, s'agirait-il d'une population avec une incidence de TB nettement supérieure aux estimations de l'OPS-OMS ou bien une conséquence des mouvements de population drainant plus de patients à risque de TB dans l' Aire Métropolitaine.

Les besoins en matière de dépistage sont encore considérables, particulièrement en matière de renouvellement des microscopes (le Nord à lui seul en réclame 24 tandis que 22 appareils officiellement confiés au PNLT se sont purement et simplement volatilisés) et d'approvisionnement en réactifs de laboratoire. HS 2004 malgré la mise en garde réitérée, a dû jouer le rôle de pompier pour fournir des intrants en urgence (alcool, eau distillée) devant l'incapacité des responsables centraux à programmer méthodiquement leurs besoins.

En principe, au dépistage doit s'enchaîner un traitement qui, bien conduit, devrait conduire à la guérison, au moins dans 90% des cas. Ce taux qui est de 77% pour les TPM+ dans le Nord-Est chute à 65% dans le Nord, 61% dans le Centre. Le plus étonnant est le contraste entre les résultats et l'importance des ressources humaines mise en branle. Il devient difficile d'expliquer par exemple le taux de guérison de 52% de GHESKIO par rapport à la performance globale de 69% dans l' Aire Métropolitaine, même en concédant qu'il s'agit d'un centre spécialise avec une majorité de patients HIV+, donc, potentiellement moins réceptifs aux traitements de première ligne. Or le taux d'abandon enregistré par cet établissement chez les TPM+ est de 21.3%, le double des performances nationales. Ces quelques exemples tirés du rapport de ICC montrent encore l'importance d'un encadrement rapproché de ces institutions recevant un grand volume de patients.

HS-2004 détient le rapport de ICC qui peut être consulté pour de plus amples informations.

Concernant l'intégration de la TB au VIH, de multiples actions, interventions basées sur une analyse situationnelle ont résultées de réflexions conjointes entre les entités responsables de la gestion de ces deux programmes. Cependant il faut avouer que des avancées plus importantes auraient pu être mentionnées, n'était-ce la léthargie de certains responsables dans la mise en application des recommandations.

En ce qui a trait à la prise en charge réelle de ces deux pathologies, les premières formations intégrées TB-VIH ont démarré à la fin de l'année 2004, mais il reste encore du chemin à parcourir en vue d'étendre l'accès aux services et mettre les institutions en réseau. Environ 75 techniciens de laboratoire ont été formés à la réalisation des deux examens para cliniques.

HS 2004 avait joué au début de l'année un rôle très actif dans la définition des normes et procédures à partir d'un groupe de travail élargi, mais les efforts de rapprochement doivent se poursuivre auprès de ces 2 directions qui pourtant partagent le même immeuble. Un changement de mentalité s'impose pour faire en sorte que les services para cliniques indispensables soient décentralisés et rendus plus accessibles, d'autant plus que de nouvelles technologies fiables et à faible coût ont fait leur apparition de même que de nouveaux algorithmes de prise en charge qui augurent d'une amélioration sensible de la qualité des soins aux patients victimes de la co-infection.

VIII. La mise en place d'une stratégie départementale en matière de VIH/SIDA, des Infections Opportunistes et de la Tuberculose à des fins de coordination tout en renforçant les capacités locales pour la prise en charge et la prévention de la transmission Mère-Enfant.

Au cours du deuxième trimestre de l'année 2004, MSH a élaboré un document écrit sur cette nouvelle stratégie qui a été officiellement lancé en Juin 2004 par le Ministère de la Santé. Parmi les domaines prioritaires à retenir pour le Paquet de Services Intégrés figurait le VIH/SIDA et les Infections Opportunistes dont la Tuberculose. Certes étant au début de l'expérience et compte tenu du niveau de certains départements, la plupart des interventions s'étaient focalisées sur le renforcement des structures des directions départementales beaucoup plus que sur les aspects techniques. Au point de vue technique les interventions se sont surtout liées à la formation et à la Communication pour le Changement Communautaire visant l'adoption de comportement sécuritaire chez les jeunes.

Un fait à signaler est la mise à exécution effective de la grande majorité des interventions consignées dans les plans.

Certainement lors de l'élaboration des plans départementaux futurs, des interventions visant à la Prise en Charge Communautaire des Patients vivant avec le VIH autour des sites fournissant la trithérapie constituera une priorité qui pour les sites publics sera adressée à travers les directions départementales. Il en sera de même d'une assistance pour l'établissement de système formel de référence entre les institutions.

Résultats atteints, Contraintes, Succès et Recommandations.

Objectifs FY04		Résultats obtenus	Statut / Observations
PMTCT P# 24	Renforcement du MSPP en matière de gestion au niveau central, départemental et local.	<ul style="list-style-type: none"> - Manuel Opérationnel élaboré et finalisé pour l'organisation des services CDV/PTME. Ce manuel a été utilisé comme document de référence pour l'organisation des services. - Développement et dissémination d'un guide pratique et de protocole pour la prise en charge de la gestante séropositive et du nouveau-né. Ce guide a aussi été adapté et utilisé pour les agents communautaires. - Développement et dissémination des Manuels de Gestion Logistique des Intrants et Gestion Financière. - Analyse situationnelle de l'UCC décrivant leurs forces et faiblesses et donnant lieu à un plan de restructuration et/ou de renforcement. - Octroyer deux conseillers dans le cadre de ce renforcement à l'UCC (un conseiller technique et un financier). - Dissémination des Normes de Prise en Charge du VIH dans tous les départements (interventions orchestrées par notre conseiller technique) - Supporter techniquement l'UCC dans le développement et la mise en œuvre de l'Audit financier demandé par le Fond Global pour les activités liées au VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Activité complétée <i>(il faudra aussi encourager les points de prestation hors du réseau de HS-2004 à l'utiliser pour l'amélioration des services fournis).</i> ❖ Activité complétée <i>(très bientôt il faudra une mise à jour en fonction des nouveaux algorithmes à l'étude présentement au MSPP).</i> ❖ Activité complétée <i>(mais l'assistance technique à fournir pour l'utilisation réelle des outils et documents produits est une tâche de longue haleine)</i>

Objectifs FY04		Résultats obtenus	Statut / Observations
		<ul style="list-style-type: none"> - Assistance technique fournie également pour la mise en application des recommandations de l'Audit. - Développement de Plans départementaux intégrés contenant un volet pour le VIH/SIDA avec des partenaires tant privés que publics. - Assistance technique et financière à l'exécution de ces plans. La plupart des interventions programmées ont été réalisées. - Renforcement de la capacité technique des directions départementales en les octroyant un conseiller technique à chacun d'entre eux. - Elaboration d'un modèle de Gouvernance pour améliorer la coordination dans les interventions à mener pour l'implantation des services visant à la prise en charge des patients tant au niveau institutionnel que communautaire. Des groupes techniques dénommés « Cluster » ont été constitués en appui à l'UCC pour les domaines suivants : Prise en Charge Globale, Organisation des Services, CCC/MC, Monitoring et Evaluation, Laboratoire, Formation, Logistique des Intrants. 	
PMTCT P # 24	Former 1,500 matrones aux principes de base de la prise en charge de la PTME..	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration dans le guide pratique des agents communautaires d'un chapitre sur la fourniture des services de CDV/PTME. - 4255 agents communautaires ont été formés ou recyclés jusqu'en mars 2005 et 	<p>❖ Activité complétée avec dépassement d'objectif <i>(mais c'est aussi tout un mécanisme qui a été mis en place pour le suivi)</i></p>

Objectifs FY04		Résultats obtenus	Statut / Observations
		1692 matrones additionnelles à la promotion des services au niveau communautaire, à l'importance de l'établissement des références et contre-référence entre les deux niveaux de soins et aux aspects pour le suivi après dépistage.	
PMTCT P # 24	Former 500 personnel / prestataires au niveau institutionnel à la fourniture des services	<ul style="list-style-type: none"> - Une évaluation générale des besoins en ressources humaines a été conduite concernant la prise en charge des IST/VIH/SIDA et le personnel à former identifié avec tous les partenaires ciblés. - Des contrats ont été signés avec GHESKIO pour la réalisation des activités de formation et au 31 mars 2005, 1255 personnels prestataires de services ont été formés dont 1126 en CDV/PTME. 	❖ Activité complétée avec dépassement d'objectif
PMTCT P # 25	Accroître la capacité de 12 sites à fournir les services de CDV/PTME à 5,300 femmes enceintes.	<ul style="list-style-type: none"> - Plus de 12 sites fournissent des services intégrés de CDV/PTME dans le réseau et 26,710 femmes enceintes ont été testées jusqu'au 31 mars 2005. - 36 sites fournissent des services de CDV et de PTME jusqu'à date et ces sites continuent de bénéficier d'approvisionnement en produits nécessaires à l'accouchement sécuritaire. - Développement d'un plan pour la réorganisation des services par site afin d'assurer la référence entre le CDV et les autres services dans le respect de la confidentialité et sans stigmatisation. - Des systèmes de référence formels existent entre les niveaux 	❖ Activité complétée avec dépassement d'objectif

Objectifs FY04	Résultats obtenus	Statut / Observations
		institutionnel et communautaire de même qu'une assistance ponctuelle à la disponibilité des intrants.
AB et CCC P# 29 + 30	<p>Exposer 60,000 jeunes dans six départements à des messages visant l'abstinence et la fidélité. Renforcer les capacités du réseau des partenaires privés à atteindre au moins 1500 personnes avec des messages pour la Communication pour le Changement de Comportement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plus de 127, 495 jeunes ont été exposés à des messages sur l'abstinence et la fidélité. - 7 Organisations non Gouvernementales ont eu un accroissement de leurs connaissances en CCC et à travers des paires éducateurs ont pu atteindre plus de 4,795 jeunes dont 2240 sont du sexe féminin. - Un réseau de jeunes (REJES) de 80 membres a aussi été constitué et engagé dans la lutte contre le VIH/SIDA. - 39 membres de ce réseau REJES ont eu une formation pour être des pairs éducateurs. - Un autre réseau de 10 membres venant d'écoles secondaires a aussi été constitué. - Des séances d'éducation sur le VIH/SIDA ont été conduites et 1070 jeunes supplémentaires sensibilisés. - Un service de Counseling a été mis en place à l'Université Quisqueya et 27 étudiants ont eu à bénéficier des sessions de thérapie individuelle, 20 autres de sessions de thérapie de groupes et 48 autres de sessions informelles. - Des sessions d'assistance-conseil ont été fournies à travers le service de Counseling de l'UNIQ. - Un module de formation générale sur le VIH/SIDA a été introduit dans le curriculum de l'UNIQ de

❖ **Activité complétée avec dépassement d'objectif.**

Objectifs FY04	Résultats obtenus	Statut / Observations
		<p>même qu'un module plus spécialisé en éducation contre le VIH/SIDA donnant accès à un certificat en la matière.</p>
P# 41	<p>Etablir 5 sites CDV et 2 sites non cliniques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les cinq sites additionnels sont inclus dans le total des 36 sites faisant le dépistage. - En ce qui concerne les deux sites non cliniques, de nombreuses séances de sensibilisation à l'intention d'une centaine de participants et de formation de pairs sur le Counseling se sont tenues au local de deux associations de chauffeurs : L'une située à la Rue Charéron et l'autre à la rue des Miracles. - Réalisation des activités de sensibilisation et de mobilisation des chauffeurs et des marchands dans la zone de la gare routière Sud. <p><i>Il faut cependant avouer que tenant compte de la situation d'insécurité sévissant dans ces zones, le service de dépistage en soit n'a pu être implanté.</i></p>
P # 45	<p>Intégration CDV-TB dans 65 sites DOTS (co-infection TB/HIV).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les "Bacilloscopistes" de 71 sites TB ont été formés à la réalisation du dépistage du VIH (test rapide). - Un draft de Protocole pour l'intégration des services VIH-TB a aussi été élaboré. Cependant la formation est une étape dans cette intégration et des efforts doivent être faits surtout dans les sites qui ne reçoivent pas notre assistance directe pour la fourniture des services. - Un système de référence a aussi été formalisé entre les services TB et VIH de

Objectifs FY04		Résultats obtenus	Statut / Observations
		toutes les institutions supportées par HS-2004 là ou ces deux existent.	
P #45	Pouvoir un support logistique pour la formation de 100 cliniciens et de 200 travailleurs sociaux.	- Des équipements et des matériels de formation ont été achetés pour ce support aux institutions comme I-TECH, JHU/HCP, AED/Linkages. Il en est de même des procédures pour l'obtention de ce support. En retour les rapports de ces formations nous ont été fournis pour être inclus dans notre base de données.	❖ Activité complétée
Soins palliatifs P # 50	Pourvoir au niveau communautaire des soins palliatifs à 15,000 patients infectés. Pourvoir des soins à domicile (LET) à 7,500 Patients et leurs familles.	- Elaboration d'un guide de Prise en Charge Communautaire en collaboration avec d'autres partenaires dont HCP. - 102 infirmières, 65 Auxiliaires, 60 agents de santé, 102 membres of des communautés religieuses ont été formés à la promotion et l'importance de Dépistage Volontaire Eclairé. - 657 agents de santé ont été formés en Mobilisation Communautaire. - 4255 agents communautaires ont aussi été formés à la promotion et l'utilisation des services CDV/PTME et à la fourniture des soins après dépistage. - 115 comités de santé sont constitues autour des institutions partenaires de HS-2004 et participent à l'encadrement des PVVIHs. - 1725 personnes ont été formés au Diagnostic Communautaire pour l'identification des besoins prioritaires de leurs	❖ Activité complétée <i>(Un grand défi sera toutefois la mise en œuvre de cette prise en charge communautaire autour des institutions publiques qui ne disposent pas de programme à base communautaire)</i>

Objectifs FY04		Résultats obtenus	Statut / Observations
		<p>communautés incluant la prévention et la prise en charge des patients vivant avec le VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une formation de formateurs a aussi été réalisée pour étendre cette compétence à l'échelle départementale. - 2000 LET kits avaient aussi été achetés pour les soins à domicile au cours du premier trimestre de l'année 2005. - 	
ARV P#57	Renforcer la capacité de 3 partenaires présélectionnés à fournir la trithérapie (CBP, GRACE, MARCH).	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation d'un atelier de travail sur le développement d'un plan pour le « scaling up » dans 4 institutions (CBP, GRACE, MARCH et BERACA). avec la participation de GHESKIO, USG Team, et RPM Plus. - Renforcement des infrastructures existantes pour répondre aux critères de base dans le respect de la confidentialité de la non stigmatisation. - Provision de matériels et équipements supplémentaires. - Formation de 18 prestataires en thérapie anti- rétrovirale et prise en charge des patients. - Assistance technique pour la réorganisation des services et l'élaboration d'un plan d'adhérence. - Support financier pour le lancement des services de prise en charge complète. - Signature de contrats et assistance technique continue pour l'amélioration de la qualité 	<p>❖ Activité complétée. <i>(Cependant il faut admettre la prudence mise à recruter un très grand nombre de patients vue l'approche adoptée, la nouveauté de cette prise en charge et les contraintes liées à l'absence d'un système sûr d'approvisionnement en intrants de toutes sortes). Le processus se voulait « learning by doing » et ceci en toute sérénité.</i></p>

Objectifs FY04	Résultats obtenus	Statut / Observations
	des services institutionnels et communautaires. - Au 31 Mars 2005, 107 patients étaient placés sous trithérapie.	

1. Les Contraintes face à cette première expérience.

- PEPFAR a été développé de manière verticale sans la participation des intervenants locaux dans le processus de planification.
- Un temps énorme a dû être consenti pour l'appropriation et l'approbation des documents de support par le MSPP entravant parfois une approche plus rationnelle et standardisée dans l'organisation et l'amélioration de la qualité des services.
- Le manque de vision commune et les difficultés de coordination.
- Le déficit en Leadership au Ministère de la Santé.
- L'approche opérationnelle a été conçue de façon verticale rendant l'intégration très difficile dans les institutions visées.
- PEPFAR a créé une grande pression avec la nécessité de présenter des résultats chiffrés dès le départ.
- La liste énorme d'indicateurs qui a été imposée créant une charge supplémentaire énorme de travail comparée à la disponibilité de personnel existant.
- La disponibilité insuffisante des médicaments, des matériels de laboratoire et autres produits nécessaires à la prise en charge holistique de Patient.
- Le Changement de mandat de manière aléatoire sans prendre en compte les efforts antérieurement consentis, les résultats déjà acquis et l'esprit de continuité.

2. Les raisons du succès.

- HS-2004 avait déjà créé une fondation pour l'intégration des services CDV/PTME/ART dans les institutions sélectionnées avec la notion de Paquet de Services Prioritaires Intégrés et la disponibilité d'un réseau communautaire autour des institutions ciblées.
- La sensibilisation continue des partenaires prestataires pour leur appropriation de la stratégie et aussi des autres organisations y compris le USG sur le besoin de coordonner les interventions PEPFAR.
- Le développement d'un modèle de gouvernance qui a été approuvé par le MSPP et a été disséminé à tous les intervenants pour usage obligatoire devant contribuer à l'amélioration de la qualité des services.
- La définition d'une approche standardisée avec des conditions préalables ou des pré requis à la mise en place du service.
- Le développement des conditions préalables à l'introduction des antirétroviraux ainsi qu'une stratégie bien définie de mise en œuvre.
- La disponibilité et l'utilisation d'un outil d'évaluation sur l'organisation des services déjà existants et des systèmes de gestion (protocole SDMA).
- Le développement d'un manuel opérationnel pour l'organisation des services.
- Le développement de guide de prise en charge institutionnel et l'adaptation pour le niveau communautaire.
- La définition d'un manuel de référence pour une approche novatrice dans la gestion des cas au niveau communautaire (PCC) ainsi que les profils et rôles de l'accompagnateur.
- Le suivi rapproché des données statistiques reçues et le développement d'un plan d'assistance par rapport aux faiblesses enregistrées.
- L'assistance technique fournit de manière continue au renforcement des services.

3. Recommandations.

- L'adoption d'une vision claire avec des objectifs bien définis et connus de tous.
- Maintenant que l'on commence à avoir une meilleure compréhension, il faudra continuer à améliorer les mécanismes de coordination qui devront être aussi connus et acceptés de tous.
- Le développement de signaux précoces pour l'identification de toute déviation de mandat, de plan à même d'occasionner des erreurs regrettables dans la mise en œuvre des interventions.
- L'organisation de retraite technique semestrielle sur l'état d'avancement des interventions planifiées, le respect des mandats de chaque institution, les contraintes identifiées et leur trouver des solutions appropriées. Ceci à tous les niveaux: 1) entre CAs, USG team 2) USG team et autres donneurs, et 3) au niveau départemental entre Agences d'Appui et Prestataires de services.
- Le Renforcement du système logistique pour accroître la disponibilité des médicaments, matériels et équipement de laboratoire devant servir à la prestation des services.
- Le Développement de critères d'accréditation connus des institutions pour l'obtention de l'autorisation à fournir des services.
- Le développement d'un sigle permettant de reconnaître les sites accrédités et connu de la population.
- Le renforcement des systèmes de référence et de contre référence permettant d'accroître l'accès aux services à l'échelle départementale.